

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DES PESSOAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 009.918.173.89 3 - CPF da vítima: 009.918.173.89 4 - Nome completo da vítima: Welymson Pires da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Welymson Pires da Silva 6 - CPF: 009.918.173.89
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Rua: Seis de Maio 9 - Número: 04 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Uruguai 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.057.560
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 999929591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSAR INFORMAÇÃO ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 200406 CONTA: 93489 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado e apresento o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestação ou de recurso administrativo ou judicial.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina o pedido
36 - CPF legível de quem assina o pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piqui 02.08.19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU
DATA: 07/06/2019 HORA: 10:19:55
TERMINAL: 20041028 CONTROLE: 200410280174

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00093789-3
NOME: WELYN SON PIRES SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001837/2019-52

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 16/05/2019 - 12:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. MIGUEL ROSA COM A FREI SERAFIM, Nº:
Complemento

528349

Data/Hora
06/11/2018 - 00:30

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência

ADITAMENTO DATA
CORRETA.

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WELYN SON PIRES DA SILVA
RG: 2210473
Mãe: ADALTO BALDOINO DA SILVA
Endereço: QD. G CASA 04 RESIDENCIAL AVELAR, Nº
Bairro: VALE QUEM TEM
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO 2014, PLACA PIJ-3413-PI, RENAVAM-1053558861, DE PROPRIEDADE; GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA, CPF-4709864304, A VITIMA RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL COM O SINAL FECHADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO E LEVADO PARA O HUT. PROTUARIO;429607. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Wellynson Pires da Silva
WELYN SON PIRES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



AVERBAÇÃO B.O. 100203.001837/2019-52

O Sr. Welynson Pires da Silva, compareceu a esta Especializada para informar que o acidente ocorreu no dia 19/05/2018, conforme socorro do Corpo de Bombeiros e entrada no HUT. (pront, 429607). Declarações do mesmo.

Teresina, 19/06/2019

Welynson Pires da Silva

Welynson Pires da Silva

Averbante

Claudio Costa de Sousa

Claudio Costa de Sousa

Ag. policia

108516-6





ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 189/2018

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Welynson Pires da Silva, RG 2.210.473 SSP/MA, CPF 009.918.173-89, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99572-9454, conforme Protocolo nº AA.321.004444-18-64, datado de 06/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 138/2018 da Aspirante BM PRYCILLA Oliveira Garcia, referente ao serviço do dia 18 para o dia 19 de maio de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

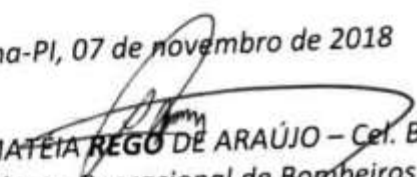
I – OCORRÊNCIAS

09 - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Quebra de Moto)

Chamada 04h38min. Por volta das 04h40min, atendendo solicitação do Senhor Lucas Evangelista, telefone 99519-9777, a Guarnição de Resgate, sob o comando do 2º Ten. Da Cruz, deslocou-se para o cruzamento das Avenidas Miguel Rosa com Frei Serafim, para atender duas vítimas de acidente automobilístico. a) Dados das vítimas: **Primeira vítima – Welynson Pires da Silva**, 34 anos de idade, RG 2.210.473 SSP/PI, telefone 99507-3297, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, filho de Generosa Maria Pires da Silva. Dados clínicos: estava na posição de decúbito dorsal sobre o solo, consciente, orientado, referia dores no ombro direito, foi conduzido ao HUT. **Segunda vítima: Jaqueline Louzino de Sousa**, 20 anos de idade, telefone (92) 98059-9077, residente e domiciliada à Rua Olavo Bilac, nº 930, Centro/Sul, filha de Rosilene Louzino Alves. Dados clínicos: consciente, orientada, referia dores no tornozelo direito e escoriações no braço direito, foi conduzida ao HUT. A Guarnição de Resgate retornou a sede do Corpo de Bombeiros às 05h30min.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 JUN, 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Teresina-PI, 07 de novembro de 2018


JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001837/2019-52

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 16/05/2019 - 12:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. MIGUEL ROSA COM A FREI SERAFIM, Nº:
Complemento

~~528349~~
539043

Data/Hora
06/11/2018 - 00:30

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência

ADITAMENTO DATA
CORRETA.

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WELYN SON PIRES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2210473

Mãe: ADALTO BALDOINO DA SILVA

Endereço: QD. G CASA 04 RESIDENCIAL AVELAR, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO 2014, PLACA PIJ-3413-PI, RENAVAM-1053558861, DE PROPRIEDADE; GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA, CPF-4709864304, A VITIMA RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL COM O SINAL FECHADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO E LEVADO PARA O HUT. PROTUARIO:429607. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Wellynson Pires da Silva
WELYN SON PIRES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

AVERBAÇÃO B.O. 100203.001837/2019-52

O Sr. Welynson Pires da Silva, compareceu a esta Especializada para informar que o acidente ocorreu no dia 19/05/2018, conforme socorro do Corpo de Bombeiros e entrada no HUT. (pront. 429607). Declarações do mesmo.

Teresina, 19/06/2019

Welynson Pires da Silva

Welynson Pires da Silva

Averbante

Claudio Costa de Sousa

Claudio Costa de Sousa

Ag. policia

108516-6





ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 189/2018

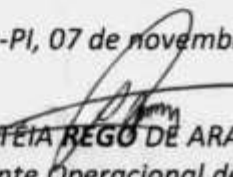
CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Welynson Pires da Silva, RG 2.210.473 SSP/MA, CPF 009.918.173-89, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99572-9454, conforme Protocolo nº AA.321.004444-18-64, datado de 06/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 138/2018 da Aspirante BM PRYCILLA Oliveira Garcia, referente ao serviço do dia 18 para o dia 19 de maio de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

I – OCORRÊNCIAS

09 - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Quebra de Moto)

Chamada 04h38min. Por volta das 04h40min, atendendo solicitação do Senhor Lucas Evangelista, telefone 99519-9777, a Guarnição de Resgate, sob o comando do 2º Ten. Da Cruz, deslocou-se para o cruzamento das Avenidas Miguel Rosa com Frei Serafim, para atender duas vítimas de acidente automobilístico. a) Dados das vítimas: **Primeira vítima – Welynson Pires da Silva**, 34 anos de idade, RG 2.210.473 SSP/PI, telefone 99507-3297, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, filho de Generosa Maria Pires da Silva. Dados clínicos: estava na posição de decúbito dorsal sobre o solo, consciente, orientado, referia dores no ombro direito, foi conduzido ao HUT. **Segunda vítima: Jaqueline Louzino de Sousa**, 20 anos de idade, telefone (92) 98059-9077, residente e domiciliada à Rua Olavo Bilac, nº 930, Centro/Sul, filha de Rosilene Louzino Alves. Dados clínicos: consciente, orientada, referia dores no tornozelo direito e escoriações no braço direito, foi conduzida ao HUT. A Guarnição de Resgate retornou a sede do Corpo de Bombeiros às 05h30min.

Teresina-PI, 07 de novembro de 2018


JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 JUN, 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 AGO, 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 009.918.173-89 Nome completo da vítima: Welysson Pires da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Welysson Pires da Silva CPF: 009.918.173-89
 Profissão: Porteiro Endereço: Rua: São Adg com 4 Número: 4 Complemento: _____
 Bairro: Novo Uruguai Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: _____
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 994725591

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 93789 3
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DPVAT

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nos dados apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Teresina, Piauí 30.05.19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Welysson Pires da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Keylly Moura de Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTE MUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSAR INFORMAÇÃO ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale a uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestação e futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (volúncos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina o pedido 36 - CPF legível de quem assina o pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 02.08.19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA
nao analisado
SUS SUS

Imp: 19/05/2018 05:17:57

(User: LINDEVAL)

(Estação: RECEPCAO PAO1)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End.Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: DESACOMPANHADO	CNS: 705009047703753	
Profissão: PORTEIRO	CPF: -	RG: -
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Não	Tipico: Sim
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma, trazido sem alter. consciência e prancha rígida. (A) Vios náuseas vômitos, sem dor na c. cervical. (B) IN/E bilateramente, ARA/C. RR em AT, S/P, ausência de ruídos, ausência de dor a palpação abdominal, pelve estável, PA: 140/80, SATO2 = 95%. (C) ECG = 15, ingestão recente de bebida alcoólica. (E) Refere dor em ombro direito e fratura em joelho direito.

PA: X mmHg	Pulso: 83 bpm	FC: - bpm	Temp.: -
Diagnóstico Inicial:	CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de maxila superior, dentes completos
Rx de tórax
Solicitação ortopedia
Prescrição de tramadol 50 mg

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

RAIO-X REALIZADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lejac
Centro - Norte CEP: 64.002-47

Técnico: **[Assinatura]**

ALTA:

- ☒ Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

Retornar à Unid. Origem: **-**
Transferência: **-**

DATA SAÍDA: **- / - / -** HORA: **- : -**

ÓBITO:

- ☐ Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DESTINO:

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado: **[Assinatura]**

CID Compatível: **-**

Prof. Solicitante
Internação: **[Assinatura]**

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA
não analisado
SUS SUS

Imp: 19/05/2018 05:17:57

(User: LINDEVAL)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYN SON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607	
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:		
End. Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: DESACOMPANHADO	CNS: 705009047703753		
Profissão: PORTEIRO	CPF: - RG: -		
G. Instrução: Médio Incompleto	E. Civil: Comcubinato		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajetos?: Não	Tipico: Sim	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma, trauma de abdômen (contusão) e fratura rizada. (A) Vias aéreas permeáveis, sem dor na cavidade. (B) INVE bilateralmente, ARVC RR em DT, BNP, ausência de ruídos, ausência de dor a palpação abdominal, reflexos estáveis, PA: 140/80, SatO2 = 95%. (C) ECG = IS, ingestão anterior de bebida alcoólica. (E) Refere dor sem pontos fixos e localização em fêmur direito.

PA 140 X 80 mmHg Pulso: 63 bpm FC: 63 bpm Temp.: -
Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CID:

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

RAIO-X REALIZADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247

Técnico: [assinatura]

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de maxila superior, desvio completo
Rx de maxila inferior
Indicação ortopedia
Prescrição de medicação 5-40 gils

ALTA:

- ☒ Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

() Retornar à Unid. Origem: _____
() Transferência: _____

DATA SAÍDA: 19/05/2018 HORA: 05:15

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado: [assinatura]

ÓBITO:

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DESTINO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CID DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Prof. Solicitante
Interseção:

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247

[assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELYNSON PIRES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000093789-3

Nr. da Autenticação 060B5F62581B48AD

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1095, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.37 20181108114827
MATRÍCULA 23067799-1
SITUAÇÃO Mês/ANO 153305235 11/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR GENEROSA M PIRES DA SILVA
PROPRIETÁRIO: ADALTO BALDOINO DA SILVA
RUA SEIS RESID DOM AVELAR 0---G-CASA-004-NOVO
URUGUAI-TERESINA-PI-cep:64057560

LOCALIZAÇÃO
004-00024-004405

GRUPO 004 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L578034

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
10/2018	Lido	46	20
09/2018	Media	80	13
08/2018	Media	80	13
07/2018	Lido	16	16
06/2018	Lido	20	19
05/2018	Media	20	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 23

DATA LETURA
ANTERIOR 09/10/2018 1810
ATUAL 08/11/2018 1833

LIB 15.7412002
PIS/PASEP 90,73x1,65% = 1,49
COPINS 90,73x2,40% = 2,18

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	Faixa de Consumo R\$/M3 e (N)	VALOR
0	10 2.4519 50	
10	25 4.9400 50	
25	9999999 8.5200 50	

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 e (N)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TARIFA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 90,73		
> Residencial-Normal	23,0 m3	90,73

VENCIMENTO 20/11/2018 TOTAL A PAGAR 90,73

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENTAÇÃO
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.036	3.026	10	1,40	0,2-5,0 mg/l
ODOR APARENTE	3.001	2.908	3	3,84	Inferior a 15
PH	3.032	3.011	21	6,86	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.022	3.013	9	0,94	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	470	466	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	470	470	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 08/11/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:40

TC 1.37 20181108114827

ÁGUAS DE
TERESINA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MATRÍCULA
23067799-1

SITUAÇÃO Mês/ANO 153305235 11/2018

26 JUN. 2019

VENCIMENTO
20/11/2018

VALOR A PAGAR
90,73

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

82670000000-1 90731535000-5 00201815330-0 52350100104-5



*** AVISO DE DEBITO ***

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 022277878

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONSUMO (KWH)

140

TOTAL A PAGAR (R\$)

131,99

CONTA MÊS

MAIO/2019

VENCIMENTO

31/05/2019

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA
Atual: 13067
Anterior: 12927
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 140
Consumo Faturado: 140
Forma de Faturamento: NORMAL

DADOS DA LEITURA
Atual: 24/05/2019
Anterior: 25/04/2019
Próxima Leitura: 25/06/2019
Emissão: 23/05/2019
Apresentação: 24/05/2019
Dias de Consumo: 29

Código de Irregularidade:

FCAM

Classe/Subclasse
RESIDENCIAL

Ligação
MONO

Número Medidor
A1484335

Código Pat. Média 12 meses
1.1.1.1 164*

HISTÓRICO KWH

Mês/ano consumo
ABR/19 143
MAR/19 153
FEV/19 204
JAN/19 133
DEZ/18 136
NOV/18 160
OUT/18 138
SET/18 158
AGO/18 186
JUL/18 171

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 140 - 0,62555

DISCRICÃO DA CONTA
140 A R\$ 0,868042 = R\$ 121,52
CONSUMO CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 10,47
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 1,15

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano 04/2019
Valor R\$ 145,18

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/05/2019. O não pagamento por 30 dias suspenderá também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7A97.9880.6C2F.B767.0A12.741C.C690.2300

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Distribuição: 25,55
Energia: 49,34
Transmissão: 8,34
Encargos: 4,08
Tributos: 34,21

Base de Cálculo: 121,52
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 26,73
Valor do PIS: 1,33
Valor do COFINS: 6,15

INDICADORES DE CONTINUIDADE					CMC	CMCI
	Atual	Anterior	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
Consumo	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
Previsão	0,00			0,00		0,00

ROT: 17.001.31.11.020100

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051867-0

MÊS FATURADO

05/2019

Nº da Nota Fiscal: 022277878

TOTAL A PAGAR - R\$

131,99

VENCIMENTO

31/05/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

26 JUN. 2019

PRATE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

836900000001 6 31990017000 6 000000000051 3 867005190008



SEQ.: 00344 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 24/05/2019 T. ENTR.: 09
13067 NORMAL TOTAL: 131,99 CARGA: 010
31/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 23504785

ADALTO BALDOINO DA SILVA

CJ DOM AVELAR, 4 , QD G CASA 04

VALE QUEM TEM

64057560 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
7881975	06/2019	22/05/2019 a 21/06/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
254	28/06/2019	R\$ 264,26

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
7881975	06/2019	R\$ 264,26

836800000025.642600170004.000000007880.197506190051



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1085, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 228 2000 ou 115 / (86) 98124-9199

MATRICULA 23067799-1 FATURA Nº 153305235
Mês/ANO 11/2018

TC 1,37
20181100114027

NOME/ENDEREÇO
MORADOR GENEROSA M PIRES DA SILVA
PROPRIETÁRIO: ADALTO BALDOINO DA SILVA
RUA SEIS RESIO DOM AVELAR, 0---G-CASA-004-NOVO
URUQUAI-TERESINA-PI-cep:64057560

LOCALIZAÇÃO 004-00024-004405 GRUPO 004 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L578034

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	
10-2018	Lido	46	28	1 Residencial - Normal
09-2018	Medida	90	13	
08-2018	Medida	90	13	
07-2018	Lido	16	16	
06-2018	Lido	28	18	
05-2018	Medida	90	13	

DATA LEITURA
ANTERIOR 09/10/2018 1810
ATUAL 08/11/2018 1833

CONSUMO MÊS M3 23

LIB 12.7418010
PIS, PASEP 98,73x1,65% = 1,49
COTRIS 98,73x7,400% = 7,30

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	RAZÃO DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO	VALOR
0	18	2,6518	50
18	25	4,9400	50
25	9999999	8,5300	50

VALOR REFERENTE ÁGUA - 90,73
> Residencial-Normal 23,0 m3 90,73

NÃO RESIDENCIAL
RAZÃO DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIAMENTO 20/11/2018 TOTAL A PAGAR 90,73

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MESSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DECONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO L/ML	3,036	3,026	10	1,40	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3,001	2,998	3	3,84	Inferior a 15
PH	3,032	3,011	21	6,86	6,00-9,50
TURBIDEZ	3,022	3,013	9	0,94	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DECONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	470	466	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	470	470	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 08/11/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:40

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

TC 1,37 20181100114027

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA 23067799-1 FATURA Nº 153305235
Mês/ANO 11/2018

VENCIAMENTO 20/11/2018 VALOR A PAGAR 90,73

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

8267000000-1 90731535000-5 00201815330-0 52350100104-5



*** AVISO DE DEBITO ***

SEQ.: 00344 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 24/05/2019 T. ENTR.: 09
TOTAL: 131,99 CARGA: 010
IRREG.: 000 COLETOR: 2071

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Lourenço de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welson Pires da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.173-89 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Welson Pires da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.173-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: <u>Vinte e Quatro de Junho</u>		<u>554</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>Piauí</u>	
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 994729591</u>

Ter, 30 de 05 de 19
Local e Data

Kelly Lourenço de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welyson Pires da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.173-89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Welyson Pires da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.173-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua: União e Quartel de Janeiro</u>		Número	<u>554</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>Piauí</u>	CEP
Email		Telefone comerc. (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 990729591</u>	

Ter, 02 de 08 de 19

Local e Data

Kelly Maria de Oliveira

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 321 91 35

Eu, Generosa Maria Pires da Silva
RG nº 1.000.580, data de expedição 02/02/11
Órgão SSP, portador do CPF nº 470.986.943-04
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí
Qd. E 25-04, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
complemento _____, nº _____
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Welysson Pires da Silva
Welysson Pires da Silva, cujo o condutor era
Veículo: Moto Modelo: Yamaha 150 Factor 60 Ano: 2014/2015
Placa: PJ-3413 Chassi: 9G6KEJ940F0042991
Data do Acidente: 06/11/2018

5º Ofício Local e Data:

Teresina - Piauí 29.04.19

Generosa Maria Pires da Silva

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante e.o sinistro)



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 321 91 35

Eu, Generosa Maria Pires da Silva
RG nº 1.000.580, data de expedição 09/02/11
Órgão SSP, portador do CPF nº 470.986.943-04
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bd. G es-04, nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Welynson Pires da Silva, cujo o condutor era
Welynson Pires da Silva
Veículo: Moto Modelo: Yamaha / ybr 125 Factor ED Ano: 2014/2015
Placa: PRJ-3413 Chassi: 9CG6KEJ940F0042991
Data do Acidente: 06/11/2018

5º Ofício Local e Data: Teresina - Piauí 29.04.19

Generosa Maria Pires da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT GENTE SEGURADORA S.A.
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470
05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barros, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (06) 3221-6885
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GENEROSA MARIA PIREZ DA SILVA EM TESTE EM 28/04/2019
TERESINA-PI 28/04/2019, Hora: 13:52, Hora: 13:52, Hora: 13:52
Selo: 0,26 Total: 0,26 Selo: 0,26 Total: 0,26 Selo: 0,26 Total: 0,26
FLAVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA
CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro
Escrevente Compromissada
Teresina-Piauí

CARTÃO DE PROTESTO
50 NOTAS
R\$ 63106



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Welyson Pires da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429607

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA
nao analisado
SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 19/05/2018 05:17:57

DADOS DO PACIENTE:

(User: LINDEVAL)

(Estação: RECEPCAOB01)

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607	
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:		
End.Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: DESACOMPANHADO	CNS: 705009047703753		
Profissão: PORTEIRO	CPF: * RG: -		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Trajetória?: Não	Tipico: Sim	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma, trauma sem lesões cerebrais e membros rígidos. (A) Vias aéreas livres, sem dor na cavidade. (B) INVEF bilateralmente, ARAE. (C) AB em AT, BNP, ausência de ruídos, ausência de dor a palpação abdominal, pele estável, PA: 140/80, SatO2 = 95%. (D) ECG = 15, ingestão menor de bebida alcoólica. (E) Refere dor em ombro direito e fratura em joelho direito.

PA _____ X _____ mmHg Pulso: 63 bpm FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tórax superior direito completo

Rx de tórax

Indicação ortopédica

Prescrição de tramadol 50 mg qid

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-37

RAIO-X REALIZADO

DATA 19/05/2018

Técnico: [Assinatura]

ALTA:

- ☒ Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

() Retornar à Unid. Origem:

() Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: : :

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

DESTINO:

ÓBITO:

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

X [Assinatura] [Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 19/05/2018 05:17:57
(LINDEVAL)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	WELYNSON PIRES DA SILVA	Prontuário:	429607
Mãe:	GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End.Resid.:	QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	14/03/1984	Idade:	34a:2m:5d
Responsável:	DESACOMPANHADO	Sexo:	Masculino
Profissão:	PORTEIRO	Fone:	- -
G. Instrução:	Médio Incompleto	CNS:	705009047703753
End.Local.:	- - -	Documento:	
		E.Civil:	Concubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	665640	Data:	19/05/2018 05:15:38	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 19/05/18 6:05 ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 1 hora evoluindo com trauma em ombro direito. Rx: laesão de luxação do glenohumeral posterior gravada.
co. alta do ortopedista

DR. ARTUR T. M. LOPES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

 Paciente: **WELYN SON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 665640

Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037710 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 19/05/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYN SON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640

Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037711 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 19/05/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYN SON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037712 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Assessor Jurídico
 Matrícula: 55004
 SIME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYN SON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037713 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 19/05/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura Profissional Responsável
 Assinatura: [Assinatura]
 SANE - HUT
 COPIA COM ORIGINAL

CLINIMAGEM

medicina diagnóstica avançada

Data: 09/11/2018

Nome do Paciente: **WELINSON PIRES DA SILVA**

Médico Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**

Exame: **RX OMBRO DIREITO 2INC**

Código

260849

- Superfície e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.
- Material cirúrgico implantado na cabeça umeral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Material cirúrgico implantado na cabeça umeral.



CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / 99445-6682
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / 99435-8029
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / 98849-6588
Teresina-Piauí

CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

Data: 09/11/2018

Nome do Paciente: **WELINSON PIRES DA SILVA**

Médico Solicitante: **RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**

Exame: **RX PE DIREITO 02 INC.**

Código

260849

ACHADOS:

- Densidade óssea normal.
- Espaços articulares mantidos.
- Partes moles sem alterações.
- Discreta alteração degenerativa na porção distal do metatarso do 1º dedo.

CONCLUSÃO:

- Discreta alteração degenerativa na porção distal do metatarso do 1º dedo.



CÂMILA TAPÉTY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 99445-6682
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 99435-8029
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98849-6588
Teresina-Piauí

Clinimagem

D



S: 17

C: 687
W: 897

IM: 1003 Page: 1 of 1

D



S: 1

C: 60
W: 83

IM: 100 Page: 1 of 1

M

1

Clinimagem
D

D

S: 156
C: 512
W: 1024
IM: 1001

S: 156
C: 512
W: 1024
IM: 1001

Page: 1 of 1

Page: 1 of 1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 A80, 7013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002470



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Welyson Pires da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429607

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 ABO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA
nas análises
SUS SUS**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 19/05/2018 05:17:57

(User: LINDEVAL)

(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYN SON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End.Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: DESACOMPANHADO	CNS: 705009047703753	
Profissão: PORTEIRO	CPF: * RG: -	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Não	Tipico: Sim CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma, trazida com dor cervical e membros rígidos. (A) Voz normal, sinuosa, sem dor na c. cervical. (B) INE (bilateralmente), ARAE. RR em AT, RNP, ausência de ruídos, ausência de dor a palpação abdominal, pelve estável, PA: 140/80, SATUR = 95%. (C) ECG = 15, ingestão menor de bebida alcoólica. (E) Refere dor em ambos braços e torção em joelho direito.

PA _____ X _____ mmHg Pulso: 83 bpm FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de maxila superior dentado completo

Rx de max

Indicação ortopedia

Prescrição de tramadol 50 mg qid

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

RAIO-X REALIZADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Técnico: _____

ALTA:

- ☒ Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

- () Retornar à Unid. Origem:
() Transferência:

DATA SAÍDA: / / HORA: : .

- () Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

DESTINO:

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CID Complementar:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Prof. Solicitante
Interhabitação:

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONALImp: 19/05/2018 05:17:57
(LINDEVAL)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: WELYN SON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607	
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA		Pai:	
End.Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: DESACOMPANHADO		CNS: 705009047703753	
Profissão: PORTEIRO		Documento:	
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 19/05/18 6:05 **ESPECIALISTA:** Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pac. vítima de acidente motociclístico há 1 hora evoluindo com trauma em ombro direito. Rx: laesão de luxação do glenohumeral, neurovascular preservado.
cc: atc de ortopedia

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

DR. ARTHUR FERNANDO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 32017-DI

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**Data/Hora Solicitação:** __/__/__:__ **ESPECIALISTA:****MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYN SON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037710 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 19/05/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

 Paciente: **WELYN SON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640

Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037711 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 19/05/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 JUL. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037712 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO. 2019	26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	

Anexo Anexo Póliza de Garantia
 Matrícula: 55904
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037713 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 19/05/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Attesto Juiz de Paz em Exercício
 Matrícula: 63604
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.210.473 DATA DE EXPIRAÇÃO 20/11/18

REGISTRO GERAL

NOME WELYNSON PIRES DA SILVA

ALCUNHA GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA
ADALTO BALDOINO DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 14/03/1984

CPF 009.918.173-89

CERT. NASC. 67979 L 73 F 570
EXP TERESINA-PI 27/03/84

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 84.850/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

SINISTRO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0501401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 39751 V 53A F 097

EXP TERESINA-PI 27/08/99

DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

TERESINA - PI

839.502.303-00

ASSINATURA DO DIRETOR

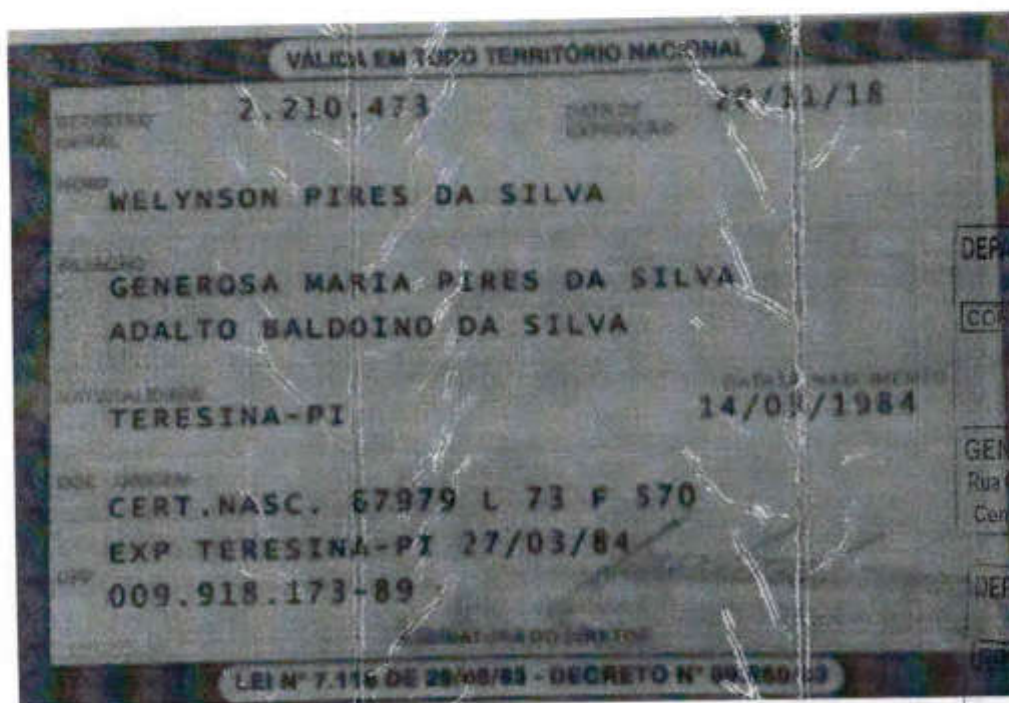
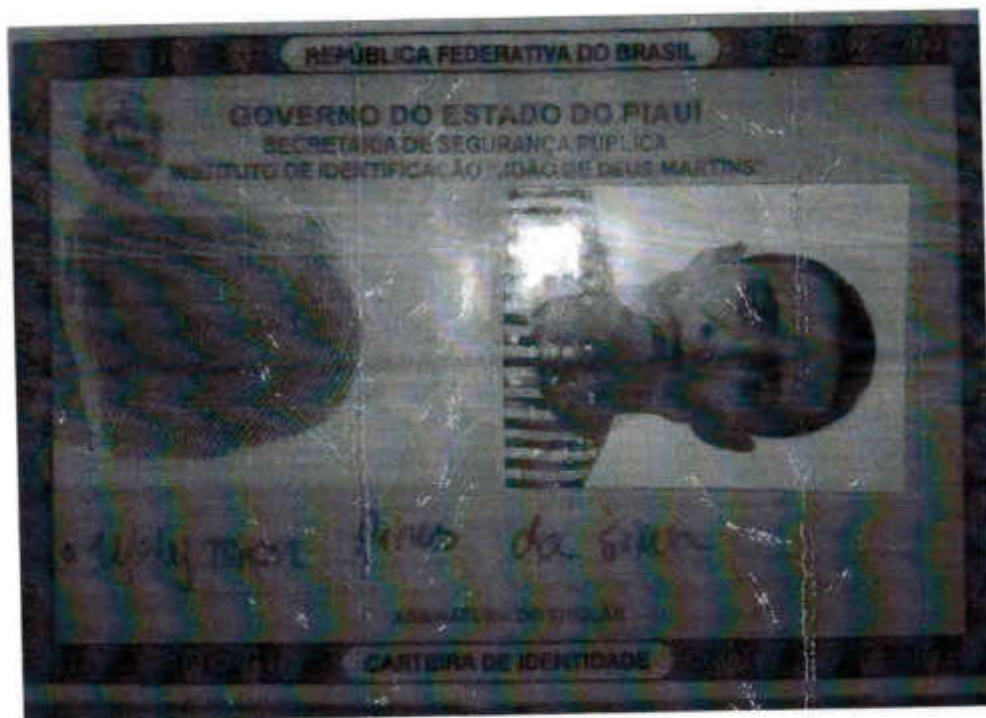
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




0601401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 1 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

05 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462191 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELYN SON PIRES DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462191 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELYN SON PIRES DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Welynson Pires da Silva

RG: 2.210.473 Órgão Emissor: SSP-PI

CPF: 009.918.173-89 Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: casado Profissão: Porteiro

Endereço: Rd. G es. 04 R. São Nº

Bairro: Vale Quem Tem Cep: 64057-560 Cidade/UF: Teresina

Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Welynson Pires da Silva

CPF: 009.918.173-89 Data do Acidente: 06/11/18

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 29.04.19

Local e data

Welynson Pires da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

5º Ofício



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MELYNSON PIRES DA
SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 29/04/2019. Empl: 13.85 TT: 0.77 EMP: 0.10
Selo: 0,26 Total: 4,88 Selo: RPP 63107 (164906189)

FLAVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO, ESCRIVENTE AUTORIZADA
CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro
Escrivente Compromissada
Teresina-Piauí

CARTÓRIO
E PF
Rua F
Teresi
Nº
RPP 63107
5º OFÍCIO DE NOTAS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Welynson Pires da Silva
RG: 2.210.473 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 009.918.173-89 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: casado Profissão: Porteiro
Endereço: Ad. G es. 04 R. São Nº _____
Bairro: Vale Quem Tem Cep: 64057-560 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Welynson Pires da Silva

CPF: 009.918.173-89 Data do Acidente: 06/11/18

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 29.04.19

Local e data

Welynson Pires da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

5º Ofício

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6995

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: NELYNSON PIRES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 29/04/2019. Escr. 1,85 - T. 0,77 - F. 0,10 - Selo 0,25 Total: 4,98. Selo: 83107 (E490P149)

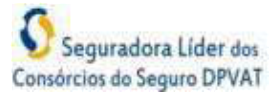
FLAVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO, ESCRIVENTE AUTORIZADA
CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro
Escrivente Compromissada
Teresina-Piauí

CARTÃO
E PF
Rua
Terezi
Míc

88P 63107

5º OFÍCIO DE NOTAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214570/19

Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF: 009.918.173-89

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WELYNSON PIRES DA SILVA : 009.918.173-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214570/19

Número do Sinistro: 3190397199

Vítima: WELYN SON PIRES DA SILVA

CPF: 009.918.173-89

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELYN SON PIRES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

WELYN SON PIRES DA SILVA : 009.918.173-89

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/07/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

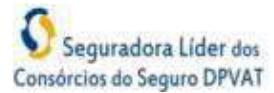
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264878/19

Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF: 009.918.173-89

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WELYNSON PIRES DA SILVA : 009.918.173-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462191

Vítima: WELYN SON PIRES DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELYN SON PIRES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462191

Vítima: WELYN SON PIRES DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELYN SON PIRES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **WELYN SON PIRES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000093789-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 009.918.173-89 Nome completo da vítima: Welysson Pires da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Welysson Pires da Silva CPF: 009.918.173-89
 Profissão: Porteiro Endereço: Rua: São Adão com 4 Número: _____ Complemento: _____
 Bairro: Novo Bragança Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: _____
 E-mail: _____ Tel (DDD): (86) 994725591

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 93789 3
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nos dados apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Teresina - Piauí 30.05.19 TESTEMUNHAS

Nome: _____ 1ª | Nome: _____
 CPF: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assinou A ROGO Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU
DATA: 07/06/2019 HORA: 10:19:55
TERMINAL: 20041028 CONTROLE: 200410280174

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00093789-3
NOME: WELYN SON PIRES SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470